Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Beitrag zur Symptomatologie der Lues cerebri.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der

medizinischen Fakultät

der

Königl. Christians-Albrechts-Universität

zu Kiel

vorgelegt von

Werner Schuster

aus Kottbus.

Kiel 1912.

Druck von H. Fiencke.

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Beitrag zur Symptomatologie der Lues cerebri.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der

medizinischen Fakultät

der

Königl. Christians-Albrechts-Universität

zu Kiel

vorgelegt von

Werner Schuster

aus Kottbus.

Kiel 1912.

Druck von H. Fiencke.

No. 64.

Rektoratsjahr 1912/13

Referent: **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Anschütz,

z. Zt. Dekan.

Meinem lieben Vater.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153319_0039

Aus der Mannigfaltigkeit der Formen, in denen die tertiäre Lues im menschlichen Körper auftreten kann, bildet die Lokalisation im Gehirn in Form einer Lues cerebri ein interessantes Kapitel. Es sei mir gestattet, in nachfolgender Ausführung, bei der ich hauptsächlich der Darstellung Oppenheims folge, näher auf diese Erkrankung einzugehen.

Die Diagnose einer syphilitischen Affektion des Gehirnes hat vor allem festzustellen, ob sich das syphilitische Virus noch im Körper befindet. Man nimmt zu diesem Zwecke die serologische Untersuchung des Blutes und der Spinalflüssigkeit vor. Diese ergibt bei der Lues cerebri Komplementablenkung im Blut; in der Spinalflüssigkeit fällt sie dagegen meist negativ aus. Nur der positive Ausfall der Wassermannschen Reaktion ist jedoch als beweisend anzusehen. Hiermit ist indessen die syphilitische Natur einer bestehenden Geistesstörung noch keineswegs sichergestellt. Bei dem Fehlen eines bestimmten Typus der syphilitischen Psychose kann diese auch aus dem klinischen Bilde nicht unmittelbar erschlossen werden. Doch kann die Art, die Gruppierung und der flüchtige Charakter der körperlich-nervösen Störungen, in geringem Grade auch der eigenartige geistige Defekt, es sehr wahrscheinlich machen, daß eine syphilitische Psychose vorliegt. Als Adiuvans kommen in manchen Fällen noch Residuen einer überstandenen Lues hinzu, wie Hautnarben, Drüsenschwellungen, Knochenauf-

treibungen, Veränderungen an den Augen u. s. w.; bei kongenitaler Syphilis, besonders auch noch die sogenannte Hutchinsonsche Trias (Kerbung der oberen und mittleren Schneidezähne, interstitielle Keratitis, plötzlich im jugendlichen Alter entstandene Taubheit). Trotz allem kommt man aber sehr häufig nicht über eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose intra vitam hinaus. In den meisten Fällen beweist erst das prompte Reagieren auf eine antisyphilitische Behandlung mit Sicherheit den syphilitischen Charakter der Erkrankung.

Was das zeitliche Auftreten dieser Form der syphilitischen Affektion des Gehirns betrifft, so fällt es am häufigsten in die ersten Jahre nach der Infektion. Ein großer Prozentsatz fällt in das erste oder in die zwei ersten Jahre nach der Infektion. Nach dem zehnten Jahre wird das Nervensystem nur noch ausnahmsweise befallen, doch sind seltene Fälle bis zu 20 Jahren nach dem Beginn der Erkrankung bekannt. Im Gegensatz dazu wurden aber auch Hirnsymptome schon im Beginn des Sekundärstadiums einige Monate oder selbst nur einige Wochen nach der Infektion konstatiert. Rumpf und Naunyn wiesen in ihren statistischen Darlegungen darauf hin, daß innerhalb des ersten Jahres garnicht selten, daß innerhalb der ersten Monate nach der syphilitischen Infektion sogar hie und da die Syphilis bereits eine organische Erkrankung des Nervensystems produzieren kann. Gilles de la Tourette berichtet zum Beispiel über einen Fall, in dem der Intervall zwischen Infektion und Manifestwerden der Syphilis des Zentralnervensystems sogar nur drei Monate betragen hatte.

Das Alter und das Geschlecht bietet kaum einen Unterschied was die Häufigkeit des Auftretens der Erkrankung anlangt und ist dieselbe wohl mehr abhängig von der Verbreitung der Syphilis unter den Geschlechtern überhaupt.

Es kann nicht abgeleugnet werden, daß es praedisponierende Momente für den Eintritt der Erkrankung gibt. Traumen (Kopfverletzungen), geistige Überanstrengung, Gemütsbewegung, Alkoholismus steigern die Disposition des Gehirnes zu dieser Erkrankung. Auch bei der hereditären

Syphilis sind Affektionen des Nervensystems sicher festgestellt worden. Die Gründe, warum nach einer acquirierten Lues nun gerade bei dem einen Individuum eine Lues cerebri entsteht und bei dem andern nicht, sind noch nicht eindeutig erwiesen. Nonne berichtet über sehr interessante Fälle, aus denen eine besondere familiäre Disposition für diese Erkrankung hervorgehen soll. Lavallé sah, daß mehrere Individuen, die sich an derselben Quelle luetisch infiziert hatten, alle von Lues des Zentralnervensystems befallen wurden. Er sprach bei dieser Gelegenheit von einer »nature specifique du virus.« Nach ihm müßte man also ein ganz besonderes, für das Nervensystem spezifisch virulentes Gift der Syphilis annehmen. Rumpf vertritt die Ansicht, daß als Ätiologie für die syphilitische Gefäßerkrankung — und somit auch der Lues cerebri — nicht sachgemäß durchgeführte Behandlung in Frage käme. Von anderer Seite (Virchow) wird betont, daß die Syphilis mit Vorliebe sich an geschwächten Teilen lokalisiere, sei es nun, daß diese Schwäche angeboren — hierher gehört z. B. auch die hereditäre nervöse Disposition — oder erworben wurde z. B. durch ein Trauma, Alkohol u. s. w.

Die pathologischen Veränderungen, die wir bei der Meningoencephalitis luetica finden, sind sehr mannigfaltiger Natur. Sie gehen, wenn wir von der Syphilis der Schädelknochen hier absehen, in der Mehrzahl der Fälle von den Meningen und dem Gefäßapparat aus. Es handelt sich bald um eine diffuse, sich flächenhaft ausbreitende entzündliche Neubildung, bald um eine umschriebene solitäre oder multiple Geschwulstbildung, oder beide Veränderungen verbinden sich miteinander.

Das Syphilom oder die Gummigeschwulst bildet eine rundliche, unregelmäßig gestaltete, höckrige, knollige Geschwulst, deren Umfang durchschnittlich dem einer Hasel- bis Wallnuß entspricht, aber auch gelegentlich darüber hinausreicht. Auf dem Durchschnitt zeigt es eine graurötliche Peripherie, während in den zentralen Partieen die gelben, trockenen zähen Herde der Verkäsung stecken. Außerdem ist die Geschwulst häufig von einem derbfibrösen

Gewebe durchsetzt, das sich auch in Form einer schwieligen Membran im Umkreise ausbreiten kann.

Die Gefäßerkrankung, die entweder die einzige Affektion bildet oder neben der eben geschilderten Geschwulstbildung und Meningitis besteht, ist eine Arteriitis, die besonders die basalen Hirnarterien betrifft. Diese besonders von Heubner studierten Prozesse sind verschiedenartiger Natur und Genese. Zunächst kann die Gummigeschwulst und Meningitis direkt auf die Arterienwand übergreifen. Außerdem kommt häufig eine selbständige Erkrankung der Arterien vor in Form einer Endarteriitis, einer von den Zellen der Intima ausgehenden Wucherung, die zu einer Verengerung und selbst zur Obliteration des Gefäßlumens führt, resp. sich mit Thrombose verbindet. Dazu kann sich eine Erkrankung der Außenhäute (Mesarteriitis, Periarteriitis) gesellen. Es wird aber auch eine Arteriitis, resp. Periarteriitis gumosa (Baumgarten, Marchand) mit Bildung gelber Knoten in der Gefäßwand, die die Produkte einer primären Rundzellenansammlung mit Verkäsung der zentralen Partieen in den Außenhäuten sind, beschrieben. Ferner können sich diese verschiedenen Formen von Gefäßaffektionen miteinander verbinden. Von der gewöhnlichen Endarteriitis deformans unterscheiden sich diese Prozesse besonders durch das Fehlen der Verfettung und Verkalkung. Nach Friedländer ist aber die Endarteriitis obliterans keineswegs ausschließlich ein Attribut der Lues.

Die Hauptform der Hirnsyphilis ist die basale, gummöse Meningitis. Sie geht meistens von dem Subarachnoidealgewebe in der Chiasmagegend von dem Raume zwischen den Hirnschenkeln aus und erstreckt sich von da in diffuser, wenn auch regelloser Weise mehr oder weniger weit über die Hirnbasis. Die Neubildung hat zum Teil eine sulziggallertige, zum Teil speckige Beschaffenheit, an einzelnen Stellen und oft selbst in größerer Ausdehnung bildet sie eine derbe, bindegewebige Schwarte, die mit den basalen Hirnteilen fest verwachsen ist. Sie dringt in alle Furchen und Einsenkungen und verdeckt wie mit einem Schleier die Ursprünge der Hirnnerven. Bei genauerer Betrachtung sind diese, vor allem die Optici und Augenmuskelkerne, nicht allein von

dem geschwulstigen Gewebe umschlossen, sondern auch selbst verändert, gleichmäßig oder knollig geschwollen und erscheinen auf dem Durchschnitt glasig-grau oder speckig-gelb. Es kommt jedoch auch vor, daß die von der Geschwulst umklammerten Hirnnerven makroskopisch ein normales Aussehen haben. Die großen Arterien an der Hirnbasis sind in den Prozeß hineingezogen. Ihre Wandungen sind verdickt und mit den erkrankten Meningen verwachsen, ihre Lumina verengt oder auch stellenweise erweitert. Neben der diffusen Meningitis kann eine umschriebene Gummibildung bestehen, z. B. an einem der Hirnnerven. Auch kann sich der basal-meningitische Prozeß auf eine kleine Stelle, z. B. die Umgebung des Oculomotorius, des Chiasma etc. beschränken. Andererseits werden in seltenen Fällen, wie in einem von Siemerling beschriebenen, ausgedehnte Conglomerate von Gummigeschwülsten gefunden.

In histologischer Beziehung charakterisiert sich die syphilitische Neubildung als ein zellenreiches, üppig vaskularisiertes Granulationsgewebe, das an einzelnen Stellen verkäst ist, an anderen eine fibröse Umwandlung erfahren hat, aber wohl niemals oder nur ganz ausnahmsweise vereitert. Sehr typisch ist ihr Verhalten zu den Gefäßen uud zu den Nervenwurzeln. Die Rundzellenwucherung setzt sich auf die Adventitia der Gefäße fort und ebenso auf das Epineurium der Nerven und zwar des Opticus und Oculomotorius vor allen anderen. Das verdickte und infiltrierte Epineurium gibt seine Ausläufer von allen Seiten her zwischen die Nervenfaserbündel. Diese Ausläufer stellen die stark verdickten, kleinzellig infiltrierten, gefäßreichen Bindegewebssepta dar. Während dabei die Nervenfasern zum Teil unter dem Drucke der Geschwulst und ihrer Ausläufer atrophieren, ist der Nerv doch infolge der eingebetteten Neubildungsbestandteile in toto geschwollen, selbst auf das vier- bis fünffache seines Volumens, kann aber in späteren Stadien atrophisch erscheinen. Die Schwellung mag auch zum Teil auf seröser Imbibition beruhen.

Es liegt auf der Hand, daß die oberflächlichen Schichten des Hirns selbst durch die Erkrankung der Meningen direkt

in Mitleidenschaft gezogen werden, ja es können Gummigeschwülste von den Häuten aus tief in die Hirnsubstanz eindringen. Außer durch direktes Übergreifen wirkt die luetische Meningitis in mannigfach anderer Weise auf das Nervengewebe ein. Die massigen Auflagerungen haben teils direkt eine Kompression des Hirns zur Folge, teils veranlassen sie wenigstens Störungen in der Blut- und Lymphzirkulation der angrenzenden Gebiete, wodurch in diesen Stauungserscheinungen und Quellungszustände entstehen.

Nicht so häufig als an der Hirnbasis entwickelt sich derselbe Prozeß einer bald umschriebenen, bald flächenhaft ausgebreiteten gummösen Meningitis an der Convexität des Gehirns und ruft hier Störungen der Hirnfunktion besonders dadurch hervor, daß es sich mehr oder weniger tief in das Hirngewebe festsetzt. Die Meningo-encephalitis syphilitica kann zur Erweichung eines ganzen Hirnlappens, ja selbst einer ganzen Hemisphäre führen. Es wird auch beobachtet, daß sich derselbe Prozeß gleichzeitig an der Basis und an der Convexität des Gehirns ausbreitet, wie denn überhaupt die Multiplicität der Veränderungen bis zu einem gewissen Grade charakteristisch ist für die Lues cerebri.

Sehr beachtenswert ist, daß die Neuritis gummosa der Hirnnerven, besondes des Opticus und des Oculomotorius ein primäres selbständiges Leiden bilden kann. Ebenso findet man garnicht so selten nur eine Arteriitis syphilitica einzelner oder vieler Hirnarterien ohne anderweitige Veränderungen am Hirn und seinen Adnexen.

Wir haben gesehen, daß der pathologische Befund bei der Lues cerebri sehr mannigfaltiger Natur ist je nach dem Ergriffensein von Gefäßen, Häuten und Hirnsubstanz. Dementsprechend erweisen sich auch die durch die pathologischen Veränderungen bedingten Symptome als sehr wechselnd und vielgestaltig.

Die typische Form der Lues cerebri ist die Meningitis basilaris gummosa, deren Symptome hier besprochen werden sollen:

Die betroffenen Personen erkranken unter Allgemeinerscheinungen, unter denen der Kopfschmerz, da er das

konstanteste und früheste Zeichen ist, obenan steht. Er steigert sich namentlich anfallsweise zu großer Heftigkeit. Häufig fallen die Exacerbationen in die Nachtzeit. Hierzu gesellt sich meist Erbrechen und Schwindel, nicht selten Anfälle von Bewußtlosigkeit und allgemeinen Konvulsionen. Ein weiteres Symptom stellt die Schlaflosigkeit dar; sie kann durch den Kopfschmerz an sich schon bedingt sein, doch findet man sie auch sehr hartnäckig persistierend ohne jeden Kopfschmerz. Gewöhnlich pflegt die Psyche ergriffen zu werden. Es bildet sich eine mäßige Demenz, Gedächtnisschwäche und Apathie aus. Während großer Phasen des Krankeitsverlaufes ist der Patient bei gutem Bewußtsein, aber interkurrent stellen sich die Störungen des Bewußtseins ein: Eine tiefe, mehrere Tage oder Stunden dauernde Benommenheit. Wir beobachten hier aber nicht, wie es für die Mehrzahl der andersartigen intracerebralen Tumoren typisch ist, eine dauernde, stetig anwachsende Benommenheit. Häufig treten Zustände auf, die sich bei oberflächlicher Betrachtung nicht vom Bilde des Schlafes, Traumes, Rausches unterscheiden; außerdem heftige Erregungsatacken, Anfälle von Verwirrtheit und Tobsucht. Charakteristisch ist das Alternieren von Delirien mit komatösen Zuständen und besonders beachtenswert ist es, daß selbst das tiefste Koma wieder weichen und einem freien Sensorium Platz machen kann. Eine nicht seltene Erscheinung, zumal bei basalem Sitz, ist Polydipsie und Polyurie.

Gleichzeitig mit der Entwicklung dieser allgemeinen Cerebralsymptome, und zwar meistens erst in ihrem Gefolge und nur zuweilen ihnen vorausgehend, stellen sich Lähmungssymptome ein, die von einem Hinübergreifen des Prozesses auf die einzelnen basalen Hirnnerven abhängen. Hauptsächlich betroffen werden hierbei der Sehnerv und die Augenmuskelnerven, von den letzteren hauptsächlich der Oculomotorius. Dieser Nerv wird ungefähr ebenso oft einseitig wie doppelseitig ergriffen, während Abducens und Trochlearis überhaupt viel seltener und dann der letztere gewöhnlich nur auf einer Seite betroffen wird. Dadurch zu erklären sind die Symptome wie Ptosis, Lähmungen der verschiedenen

Bulbusmuskeln, Pupillenstörungen, Sehschwäche, Gesichtsfelddefekte, Blindheit, homonyme oder bitemporale Hemianopsie. Es kann aber auch jeder andere basale Nerv (Trigeminus, Facialis, Acusticus, Glossopharyngeus, Vagus, Accessorius, Hypoglossus) an der Lähmung teilnehmen. Dabei ist ein häufiger Wechsel in der Intensität der Erscheinungen für die gummöse Basilarmeningitis fast charakteristisch.

Handelte es sich hierbei um eine Wirkung der Meningitis und Neuritis resp. der Perineuritis der Gehirnnerven, so sind andere sehr wichtige Symptome durch die Erkrankung des Gefäßapparates bedingt. Von diesen, besonders von Rumpf und Heubner studierten Erscheinungen, ist die konstanteste: die Hemiplegie, die zwar in jedem Stadium auftreten kann, meistens aber erst in den vorgeschrittenen zur Entwicklung kommt. Bei der Natur des Prozesses versteht man es ohne weiteres, daß die Hemiplegie hier nicht unangemeldet eintritt. Zunächst treten Cirkulationsstörungen auf und dann erst kommt es zu einem definitiven Verschluß des Gefäßes mit nachfolgender Erweichung des außer Ernährung gesetzten Bezirkes. Daher pflegen der Entwicklung der Hemiplegie leichte apoplektiforme Atacken, Parästhesien und leichte Lähmungszustände in der entsprechenden Körperhälfte vorauszugehen, bis die anfangs passagere Hemiplegie sich in einem neuen Anfall festsetzt. Ist die Konvexität des Gehirns befallen, so macht die Meningo-encephalitis syphilitica nur dann prägnante Erscheinungen, wenn sie sich über Rindengebiete ausbreitet, deren Läsion Funktionsstörungen veranlassen. Ein Symptom kann sie allerdings von jeder Stelle aus verursachen: den heftigen, häufig örtlich-begrenzten Kopfschmerz. Sie bedingt besonders dann Hirnsymptome, wenn sie sich in der Gegend der motorischen Zone oder über dem Sprachzentrum lokalisiert und gerade diese Stellen werden mit Vorliebe von ihr gewählt. Hat sie ihren Sitz in der Gegend der motorischen Zentren, so ruft sie Erscheinungen der Rindenepilepsie hervor, zu denen sich im weiteren Verlaufe Monoplegie gesellt. Bei einer Lokalisation in den Sprachzentren (der Broca'schen oder Wernicke'schen Windung) haben wir Sprachstörungen

zu erwarten. Es kann zur Aphasie in ihren verschiedenen Formen kommen, vom leichten Silbenstolpern an bis zur Paraphasie, zur motorischen und sensorischen Aphasie.

Bei ausgedehnter Meningitis syphilitica der Konvexität bilden die psychischen Störungen einen hervorstechenden Zug des Krankheitsbildes bis zu dem Grade, daß ein der Dementia paralytica verwandtes Krankheitsbild entsteht.

Fieber besteht bei der Erkrankung nur ausnahmsweise. Trotz ihres im ganzen sehr chronischen Verlaufes können dabei doch auch plötzliche Verschlimmerungen vorkommen, die zu Koma und raschem Tode führen.

Die Prognose ist verschieden zu stellen je nach Sitz und Intensität der Erkrankung. Nach Wunderlich-Heubner stellen sich prognostisch am günstigsten die lokalisierten, spezifischen Meningitiden. Die diffuse Meningitis steht schon weniger günstig da. Das Gumma reagiert manchmal gut auf Quecksilber und Jod, garnicht selten aber ist es refraktär resp. reagiert auf die spezifische Therapie nur bis zu einem gewissen Grade, um dann stabil zu bleiben. Die Arteriitis hat eine ernste Prognose. Die echt-syphilitischen Gefäßerkrankung, d. h. die Fälle, in denen echte Gummata in den Gefäßwandungen sitzen, sind selten. Bei der Heubner'schen Endarteriitis können die entzündlichen Infiltrationen der Gefäßwandungen resorbiert werden, die Verengerung des Lumens wird sich aber nur wenig ändern können. Der Teil der Gehirnsubstanz, der einmal der Nekrose verfallen war, wird sich nicht wieder erholen. Eine weitere Gefahr liegt bei der Endarteriitis luetica in der großen Neigung zu Rezidiven.

Die Therapie hat in jedem Falle von Hirnsyphilis eine sofortige, energische antisyphilitische Kur einzuleiten. In Anwendung kommen hierbei Schmierkuren mit Unguent. Hydrag. cinereum und Darreichungen von Jodkalium in steigenden Dosen; event. ist statt der Inunction das Quecksilber per Injektionen zu applicieren. Zweckmäßig ist es, besonders für besser situierte Kreise, mit der medikamentösen Therapie hydrotherapeutische, balneo- oder klimatotherapeu-

tische Kuren zu verbinden in Bädern wie Aachen, Nenndorf, Tölz etc.

Im Anschluß an meine bisherigen Ausführungen möchte ich zwei Fälle von Lues cerebri mitteilen, die in der Königlichen psychiatrischen und Nervenklinik in Kiel zur Beobachtung kamen und die mir durch die freundliche Güte des Herrn Geheimrats Professor Dr. Siemerling zur Veröffentlichung überlassen sind.

Fall I.

Krankengeschichte
der 37jährigen Schlossersfrau Alma B.

Anamnese (abgegeben vom Ehemann und der Schwester am 28. XII. 11): Eltern und 5 Geschwister gesund. Als Kind normal entwickelt. Zur rechten Zeit Laufen und Sprechen gelernt. Sei immer gesund gewesen. In der Schule habe sie einigermaßen gelernt. Aus der 1. Klasse konfirmiert. Menses immer regelmäßig. Ueber Eintritt der Menses nichts bekannt. Nach der Schule in Stellungen als Dienstmädchen. Nie ernstlich krank gewesen.

Seit 9 Jahren verheiratet. Mit dem Manne gut gelebt. Auch während der Ehe niemals ernstlich krank gewesen. Keine Kinder, kein Umschlag. Im Wesen nicht auffallend.

Bis vor 6 Wochen sei sie ganz normal gewesen. Hatte wohl etwas Aufregung. Sie sei angeklagt gewesen wegen Beleidigung. Sie habe einer Nachbarsfrau, mit der sie Streit gehabt habe, einen groben Brief geschrieben. Diese habe sie verklagt. Es sei zur Verhandlung gekommen. Die Frau und sie hätten sich geeinigt. Sie habe sich aber über die ganze Affaire sehr aufgeregt.

Vor 6 Wochen sei den Angehörigen aufgefallen, daß sie immer stiller wurde. Sie schlief viel. Wenn sie wach war, grübelte sie viel. Seit 6 Wochen habe sie eigentlich immer zu Bett gelegen. Verfolgungs- und andere Wahnideen habe sie nie geäußert, auch habe sie nie Stimmen gehört. Auch habe sie nie über etwas geklagt. Sie sei nur immer einsilbiger und teilnahmsloser geworden. Auch habe sie manchmal die Angehörigen nicht recht erkannt. Ob sie

orientiert gewesen sei, können Referenten nicht angeben. In der letzten Zeit habe sie fast nicht mehr gesprochen, oft auch verkehrte Antworten gegeben. Gegessen habe sie auch nur, wenn man sie nötigte. Der Stuhlgang sei auch sehr angehalten gewesen.

Verkehrtheiten habe sie nicht gemacht, auch keine Selbstmordversuche. Wohl aber habe sie öfter Suicidgedanken geäußert.

Nachts sei sie ganz ruhig; habe meist geschlafen.

Status: (Wird vom Mann und Schwester nachmittags zur Aufnahme gebracht). Sitzt vollkommen teilnahmslos, mutistisch im Aufnahmezimmer. Äußert keine Klagen, auch keinen Affekt. Auch beim Abschied von den Angehörigen keine Affektäußerung. Läßt sich ohne Widerstreben zur Abteilung bringen.

Wird gebadet, zu Bett gebracht. Zur Untersuchung ins Ärztezimmer geführt, stützt sie sich schwer auf 2 Pflegerinnen. Wird auf den Stuhl gesetzt.

Stumpfer teilnahmsloser Gesichtsausdruck.

Läßt sich widerstandslos auf den Untersuchungstisch legen.

Gewicht 52,5 kg, Temperatur 37,2.

Mittelgroß, ziemlich kräftig gebaut, reduzierte Ernährung, schlaffe Muskulatur. Blasse Gesichtsfarbe. Etwas eingesunkene Augen, blasse Schleimhäute.

53,5 cm Schädelumfang.

Schädel auf Beklopfen nicht empfindlich. Pupillen über mittelweit, different; Linke weiter als rechte.

Reaktion auf Licht: Links fast erloschen, rechts minimal.

Reaktion auf Konvergenz: Nicht zu prüfen.

Augenbewegungen: Nicht zu prüfen, anscheinend frei.

Zunge: Wird nicht vorgestreckt, ist belegt, zittert etwas.

Starke Schleimansammlung im Magen.

Rachenreflex fehlt.

VII symmetrisch.

Keine Struma.

Beim Nachsprechen von Paradigmen deutliches Silbenstolpern.

Reflexe der oberen Extremitäten gesteigert.

Aktive und passive Bewegungen frei.

Kein Tremor digitorum. Händedruck schwach, links = rechts.

Keine Ataxien.

Kniezeichen gesteigert. Kein Patellarklonus.

Achillessehnenreflex: positiv, kein Klonus.

Zehen: Rechts gehen sämtliche Zehen, links nur die große Zehe dorsalwärts.

Keine deutlichen Spasmen. Romberg nicht zu prüfen.

Pinselberührungen, Spitze und Knopf, Schmerzempfindlichkeit: Sensibilität nicht zu prüfen.

Schmerzempfindung außerordentlich stark herabgesetzt. Nasenschleimhaut gegen Nadelstiche empfindlich. Sonst keine Reaktion selbst auf tiefe Einstiche.

Puls 90, regelmäßig, gleichmäßig; mäßig gefüllt und gespannt.

Herz: Dämpfung: nicht verbreitert. Töne: rein.

Lungen: Anscheinend ohne Befund.

Abdomen: Etwas gespannt, nicht eindrückbar, nicht druckempfindlich.

Urin: Albumen —. Saccharum —. Kein Gallenfarbstoff.

Liegt stumpf apathisch da. Reibt sich von Zeit zu Zeit mit den Händen die Augen. Aufforderungen befolgt sie garnicht oder nur zögernd und unvollkommen. Passiv erhobene Gliedmaßen läßt sie einige Sekunden in der gegebenen Stellung.

Nennt ihren Namen erst nach längerem Fragen, aber richtig.

(Wie alt?) — — — keine Antwort.

(Jahre jetzt?) Sieht den Fragenden stumpf an. Gibt keine Antwort. Läßt auch weitere Fragen unbeantwortet.

(Sind Sie krank?) Schüttelt den Kopf.

(Haus hier?) — — —

Monat?) — — —

(Tag?) — — —

(Wer ich?) — — —

(Weshalb kommen Sie hierher?) »Ich denke, man kann hier doch Besserung kriegen.«

(Fühlen Sie sich krank?): »Ja.«
(Haben Sie Schmerzen?): »Ja.«
(Wo?): Zeigt auf die Brust.
(Seit wann haben Sie Schmerzen?) — — —
(Sonst noch irgendwo Schmerzen?): Zeigt auf den Leib.
(Sind Sie traurig?) — — —
(Was fehlt Ihnen?) — — —
(Haben Sie Kinder?): Schüttelt den Kopf.
(Was für ein Tag jetzt?) — — —
(Wie alt sind Sie?) — — —
Gegenstände: (Schlüssel?) erkennt sie.
(Bleistift?) — — — Schiebt ihn weg.
(Knopf?) erkennt sie.
(Ring?) — — — keine Antwort.
Liegt vollkommen stumpf, teilnahmslos da. Kein Affekt.

Krankheitsverlauf:

29. XII. Ruhig geschlafen. Ißt, wenn man ihr alles in den Mund steckt. Keine Spontanäußerung.
(Geschlafen?) — — — »Gut.«
(Wo hier?) — — —
(Wie alt?) — — —
Läßt alle weiteren Fragen unbeantwortet. Wird im Laufe des Tages immer benommener. Nachmittags völlig komatös. Hat mittags auf langes Zureden langsam etwas gegessen. Seitdem auf nichts reagiert. Liegt völlig benommen, regungslos da; reagiert weder auf Anrufe noch Schmerzreize, nur bei Stich in die Nasenschleimhaut zuckt sie etwas zusammen. Puls regelmäßig, 90 in der Minute, ziemlich gefüllt und gespannt. Atmung etwas oberflächlich, 16 in der Minute.
Reflexe erloschen.
Konjunktival- und Cornealreflex rechts völlig, links fast erloschen.
Kniezeichen beiderseits schwach positiv.
Babinski links positiv, rechts fraglich.
Läßt keinen Urin, muß katheterisiert werden. Kein Stuhlgang. Einlauf wird nicht gehalten. Auf Glyzerineinspritzung etwas dünnflüssiger Stuhl.

Reagiert auf keine Anrufe. Vermag anscheinend nicht zu schlucken.

Gegen 7 Uhr abends schläft sie.

Pupillen eng.

30. XII. Hat die Nacht ruhig geschlafen. Heute Morgen etwas frischer, sprach etwas. Weniges allein gegessen. Läßt Urin unter sich, merkt es anscheinend nicht. Etwas später wieder müder, benommener, schlägt auf Anruf die Augen auf.

(Wie geschlafen?): — »Gut.«

(Schmerzen?) — — — Schüttelt den Kopf.

(Wo hier?) Murmelt etwas Unverständliches, scheint nicht zu wissen, wo sie ist.

(Wie lange hier?) »— — drei — vier — — fünf Tage.«

(Monat?) »— Januar.«

(Jahr?) — — —

Weitere Antworten erfolgen nicht. Näßt noch mehr ein.

Reflexe: negativ.

Kniezeichen: positiv.

Babinski: beiderseits positiv.

Puls unverändert.

2. I. 12. Ist im ganzen etwas frischer und mobiler. Hält sich rein. Ißt und trinkt ziemlich, schläft gut. Äußert spontan garnichts, gibt auf Fragen nur wenig einsilbige kurze Antworten. Leichte Temperatursteigerung. Keine Reaktion auf Schmerzreize. Genaue Sensibilitätsprüfung nicht möglich bei der immer vorhandenen leichten Benommenheit. Linksseitige Ptosis.

Augenbefund (Prof. St.): Rechts eine Spur Ptosis. Links: Ptosis bis zur Mitte der Pupille. Rechte Pupille: 4 mm, linke Pupille: 5 mm.

Lichtreaktion: Nur spurweise um ½ mm.

Konvergenzreaktion: Etwas besser.

Ausgesprochene Stauungspapille beiderseits, rechts stärker als links, ca. 3 D.

Papille stark gerötet, in toto etwas vergrößert; Rand etwas verwaschen und stark getrübt. Gefäße nur sehr wenig geschlängelt und nicht mehr wie normal gefüllt.

Lumbalpunktion: Druck: 260 mm, Nissl.: 4—5.

Ammon. sulf.: Leichte Trübung.

Magnes. sulf.: Deutliche Trübung.

Mikroskop.: 1—2—3 Lymphocyten im Gesichtsfeld.

Vollkommene Reaktionslosigkeit bei der Punktion. Rührt sich nicht. Es täte nicht weh.

4. I. Im ganzen etwas frischer. Ißt ziemlich. Nachts ruhig, schläft aber nur wenig. Näßt öfters ein.

(Wie alt?): »71 geboren«.

(Wo hier?): »Ja — das weiß ich auch — ich bin hier aus Kiel gebürtig«.

Faßt sehr schwer auf, infolgedessen ist auch eine Sensibilitätsprüfung nicht durchzuführen. Auf Schmerzreize reagiert sie nur an der Nasenschleimhaut, sonst garnicht.

Kniezeichen: positiv, Achillessehnenreflex: positiv: kein Klonus.

Babinski: beiderseits positiv.

Untersuchung des Blutes nach Wassermann: Negativ.

Untersuchung des Liquor nach Wassermann: Negativ.

9. I. Ist klarer, örtlich, zeitlich orientiert. Fühlt sich wohl, klagt über garnichts. Abends immer starke Temperatursteigerung. An der ulnaren Seite der linken Hand im Gebiete des Ulnaris und Medianus trophoneurotische Störungen in Form von serumhaltigen Blasen, gelblich gefärbt, die springen. Einzelne Stellen, besonders das Endglied des kleinen Fingers bläulich verfärbt und geschwollen. Salbenverband. Ähnliche Blasen in der Kreuzbeingegend.

Cornealreflex rechts etwas stärker als links.

11. I. Klar, gibt geordnete Auskunft, befolgt Aufforderungen etwas langsam, aber sinngemäß, leicht depremierter Stimmung.

Liegt in passiver, schlaffer Rückenlage.

Schädel auf Druck und Beklopfen nirgends empfindlich.

Keine subjektiven Kopfbeschwerden. Kein Schwindelgefühl. Keine Druckpunkte im Nacken.

Pupillenbefund unverändert.

Conjunktivalreflex beiderseits fast 0.

Cornealreflex beiderseits schwach auslösbar, links etwas schwächer als rechts.

Augäpfel frei beweglich, symmetrisch. Beim extremen Blick nach rechts schnellschlägiger Nystagmus, der bei Rückwärtsbeugen des Kopfes nachläßt. Beim Blick nach links kein deutlicher Nystagmus.

Geruchsvermögen rechts = links, gut erhalten.

Geschmack beiderseits gleich für Trigeminus- und Glossopharyngeusgeschmack.

VII. ziemlich symmetrisch.

XII. gerade.

Sensibilität im Gesicht ungestört.

Grobe Kraft der Arme mäßig; keine ausgesprochenen Paresen.

Fast völlige Lähmung beider Beine.

Zehen werden etwas bewegt.

Abmagerung der Unterschenkel; Muskulatur fühlt sich sehr schlaff an.

Interossei pedis nicht atrophisch.

Kniephänomen: rechts fast 0, links positiv, mäßig.

Zehen sämtlich dorsal.

Babinski = 0, Oppenheim = 0: rechts = links.

Fußklonus = 0; Patellarklonus = 0.

Hypalgesie an den Beinen, am ausgesprochensten an der peronealen Seite beider Waden. Vermag sich nicht allein aufzusetzen; sinkt aufgesetzt zurück; hat dabei kein subjektives Schwindelgefühl. Klagt über Schwäche in den Hüften und volles Gefühl in der Brust und im Leib.

Abdominalreflexe: positiv.

Keine aphatischen Störungen.

Keine Blasenstörungen.

Nachmittags ziemlich deutliche Nackensteifigkeit. Keine Schmerzen dabei.

12. I. Keine Nackensteifigkeit.

Decubitus am Os sacrum: Geht in die Tiefe, ist aber an den Rändern scharf begrenzt, stößt sich ab.

18. I. Psychisch klar. Beweglichkeit an den Beinen besser, besonders rechts. Sonst unveränderter Status.

Temperatursteigerung. Subjektiv keine Klagen.

21. I. Außerordentlich ausgedehnter, in die Tiefe und unter der Haut sich vorschiebender Decubitus. Gewebe stößt sich in Fetzen ab, jauchiger Gestank. Körperlich und psychisch sonst keine Veränderung. Sehr geduldiges Wesen. Klagt und weint wenig.

7. II. Der Decubitus reinigt sich allmählich, zeigt frische rote Granulationen. Keine Schmerzhaftigkeit. Psychisch völlig klar, sehr freundlich, manchmal etwas verstimmt, traurig. In den Beinen allmählich etwas bessere Beweglichkeit. Ißt wenig. Verdauung in Ordnung.

29. II. Decubitus bis auf eine ganz kleine Stelle geschlossen.

Augenbefund: Lider fast normal, nur links noch eine Spur Ptosis.

Augenbewegungen normal. Konvergenz gut.

Pupillen different, rechts = 4, links = 6 mm.

Rechts Spur, links keine Lichtreaktion.

Auf Konvergenz: Rechts bis 2 mm, links bis 3 mm.

Augenhintergrund: Rechts: Papille noch leicht gerötet, besonders im nasalen Teil, keine Schwellung mehr, Gefäße normal. Links: ebenso.

2. III. Kniezeichen beiderseits positiv, Achillessehnenreflex beiderseits positiv, kein Klonus. Aktive Beweglichkeit der Beine viel besser, kann auch schon mit Unterstützung stehen. Gehen noch unmöglich. Decubitus heilt zu. Psychisch völlig klar; freundliches, nettes Wesen, keine Klagen. Verlegt nach B. II.

5. III. Zunehmende Besserung.

Gleichmäßig guter Stimmung. Psychisch vollkommen frei. Freundliches zugängliches Wesen. Decubitus fast abgeheilt. Sichtliche Besserung der objektiven Krankheitserscheinungen. Auch subjektiv fühlt sie sich wohl. Schlaf und Nahrungsaufnahme sind zufriedenstellend.

16. III. Verlegt nach V. I.

24. III. Objektiv und subjektiv gutes Befinden. Aktive Beweglichkeit der Beine ist wiedergekehrt. Vermag schon allein zu gehen. Ißt, schläft gut.

25. IV. Psychisch vollkommen frei. Freundliches, offenes Wesen. Ruhiges, geordnetes Verhalten. Gleichmäßig guter Stimmung. Decubitalgeschwür in der Rima ani fast abgeheilt. Keine Sekretion mehr. Gereinigte, gut granulierende Wundränder.

Schlaf, Nahrungsaufnahme und körperliches Befinden zufriedenstellend.

4. V. Auch weiter zunehmende Besserung und subjektives Wohlbefinden. Macht zur Zeit eine Inunctionskur durch (pro die 5,0 Unguent. ciner.). Decubitus vollkommen abgeheilt. Keine Klagen; Schlaf, Nahrungsaufnahme und körperliches Befinden zufriedenstellend.

6. V. Fühlt sich körperlich vollkommen wohl. Hat gut an Gewicht zugenommen. Alma B.: sie habe jetzt garkeine Beschwerden mehr, keine Kopfschmerzen, keine Schwäche im Körper oder in Armen und Beinen. Der Schlaf sei sehr gut. Auch träume sie nachts nicht, schlafe sehr gut. Sehen könne sie auch gut. Der Appetit sei ebenfalls gut. Im Kopfe fühle sie sich vollkommen klar. Das Denken mache ihr keine Schwierigkeiten. Von ihrer Krankheit wisse sie nur noch, daß sie ziemlich plötzlich erkrankt sei. Eines Nachmittags sei ihr beim Waschen auf einmal so übel und so komisch zu Mute geworden. Sie habe nach Hause gehen, sich zu Bett legen müssen. Als ihr Mann abends nach Hause gekommen sei, sei sie schon ganz verwirrt gewesen.

Sehr guter Ernährungszustand.

Gesunde, gebräunte Gesichtsfarbe.

Schleimhäute gut durchblutet.

Pupillen: Etwas different, links größer als rechts.

Reaktion auf Licht: Links etwas, rechts ebenfalls.

Reaktion auf Konvergenz: Nicht besser als R. L.

Augenbewegungen: Deutliche Schwäche des Muskul. Rectus internus sinister, aber nur bei Konvergenz. Sonst Aug.-Beweg. frei. Beim Blick nach rechts nystagmusartige Zuckungen bei Endstellung.

VII. symmetrisch.

Zunge: Gerade, leicht belegt, zittert etwas.

Keine Struma.

Beim Nachsprechen von Paradigmen ist sie etwas unsicher. Aber keine artikulatorische Sprachstörung.

Reflexe d. ob. Extrem.: beiderseits etwas lebhaft.

Aktive und passive Bewegungen frei.

Händedruck kräftig, rechts = links; kein Tremor.

Kniezeichen: positiv, nicht lebhaft und nicht gesteigert.

Achillessehnenreflexe: positiv, rechts sehr schwach.

Zehen: Rechts sämtlich dorsal, links ebenfalls dorsal.

Gang: Ohne Besonderheiten.

Pinselberührungen: Prompt lokalisiert.

Spitze und Knopf: Unterschieden.

Schmerzempfindung: Leicht herabgesetzt.

Das linke Bein wird aktiv bis fast zu 90°, das rechte Bein bis ungefähr 70° von der Unterlage aufgehoben. Grobe Kraft beider Beine ziemlich gut. Die Unterschenkel können im Knie gut gebeugt werden. Die passiven Bewegungen sind vollkommen frei. Unter der Patella spürt man rechts wie links bei Beugebewegungen ein deutliches Knacken.

Puls 90.

Augenbefund: Fast normale Papillen, eher besser noch wie das erste Mal.

7. V. Gebessert entlassen. Weitere Schmierkur verordnet. Soll sich in der Poliklinik vorstellen.

Poliklinischer Bericht: 15. V.

Am 7. V. von hier entlassen. Hat Salbe zum Einreiben bekommen; bis jetzt 6 Tage eingerieben. Bis jetzt ist das Befinden sehr gut geblieben. Garkeine Kopfschmerzen mehr. Kein Schwindel. Keine Doppelbilder. Guten Appetit. Schlaf gut. Wisse garnicht, wie sie hierher gekommen sei, wisse nur, daß sie in einem Zimmer gesessen habe, in dem ein großer Tisch stand. Von da ab wisse sie nichts mehr, habe ohnmächtig gelegen. Sei am 28. XII. gekommen; das habe sie erst bei der Entlassung erfahren. Kopfschmerzen habe sie weder vor- noch nachher gehabt. Schwindel habe sie auch nicht.

Gedächtnis sei jetzt ganz gut. Keine Kinder, kein Abortus.

Mann gesund.

Stimmung sei immer ganz gut.

Anisocorie: Links stärker als rechts.

R. L.: Rechts positiv, auch links positiv, wenn auch etwas träge.

Konvergiert nicht ordentlich, das linke Auge weicht etwas ab. Augenbewegungen frei.

VII. symmetrisch.

XII. gerade aber zittrig.

Keine Gingivitis, doch Zahnfleisch etwas gerötet.

Konjunctivalreflex: Positiv, rechts = links.

Kein Tremor digitorum. Motilität frei.

Puls 96, regelmäßig.

Kniephänomene: Positiv schwach links, rechts desgl.

24. V. Unverändert.

7. V. Wohlbefinden; hat seit einem Monat dauernd Einreibungen gemacht. Soll jetzt aufhören, hat garkeine Beschwerden mehr. Fühle sich auch so kräftig wie früher.

Menses cessieren seit 6 bis 7 Monaten.

Doppelbilder hat Patientin nicht mehr gehabt.

Reaktion auf Licht etwas träge.

5. VII. Wohlbefinden. Zeigt ein psoriasisähnliches Exanthem am linken Unterschenkel.

Arsen.

Fall II.

Krankengeschichte
der 25jährigen Arbeitersfrau Dora W.

Anamnese (abgegeben vom Ehemann am 23. IV. 12): Referent kennt Patientin seit 7 Jahren. Als Kind sei sie ganz normal gewesen. Der Vater habe einmal Krämpfe gehabt. Sonst keine Familienheredität. In der Schule habe sie gut gelernt. Menses immer regelmäßig und ohne Befund. Nach der Schule sei sie in Stellung gewesen und habe Waschen und Plätten gelernt. Ernstlich krank soll sie nie gewesen sein.

Seit 6 Jahren verheiratet. Ehe glücklich. Mann gesund. 4 Geburten, davon eine 10 Wochen, eine 4 Wochen zu früh.

Aber sonst kein Abort. Zwei Kinder seien gestorben, die beiden anderen seien gesund.

Bis vor 5 Wochen sei sie immer gesund gewesen, habe nur ab und zu über den Magen geklagt. Vor 5 Wochen hatte sie an beiden Unterschenkeln und Unterarmen rote Hautstellen. Nach 8 Tagen seien die Ausschläge durch Kaltwasserumschläge vergangen. Dann habe sie immer Blähungen gehabt und über heftige Kopfschmerzen geklagt. Von Tag zu Tag sei es schlimmer geworden. Erbrochen habe sie nicht. Die Kopfschmerzen seien immer heftiger geworden. Es seien auch Nackenschmerzen dazu gekommen. Am 24. IV. nachmittags sei sie ziemlich plötzlich unbesinnlich geworden, habe keinen Menschen mehr erkannt, habe dauernd phantasiert. Wenn man sie aufrichten wollte, habe sie vor Schmerzen geschrieen. Seitdem könne sie auch das rechte Auge schlecht öffnen. Sonntag (21. IV.) habe sie noch etwas Milch mit Ei getrunken, seitdem eigentlich nichts mehr zu sich genommen. Geschlafen habe sie fast garnicht, habe sich immer unruhig im Bett hin- und hergeworfen, den Kopf nach hinten geworfen.

Ab und zu sei sie wohl klar, aber meist sei sie seit drei Tagen ganz benommen.

Das Unwohlsein sei das letzte Mal 8 Tage zu früh gekommen. Einen Tag lang habe sie einmal doppelt gesehen. Das sei aber schon im Sommer gewesen.

In der Nacht vom 21. bis 22. IV. habe sie immer gebetet. Am 22. IV. sei sie dann fast ganz bewußtlos gewesen, habe nur ab und zu nach Mann, Mutter und Kindern gerufen. Der Stuhlgang sei in der ganzen letzten Zeit angehalten gewesen.

Bericht des Dr. P. Kiel-Ellerbek an die Nervenklinik am 23. IV. 12:

»Frau W. aus M. ist von mir zweimal besucht worden. Ich konstatierte starkes Fieber, das angeblich von einem Hautausschlag herrührte, der ca. 4 Wochen bestanden hatte (Erythema nodosum?). Gestern wurde ich gerufen und fand die Frau hochgradig erregt vor; sie äußerte offenbar Anklagen gegen sich selbst, hatte Befürchtungen für ihren Mann und Kinder. Eine Verständigung mit ihr war nicht

möglich. Wegen starker Unruhe wurde eine Verlegung in die Nervenklinik nötig, da zu Hause eine Behandlung erfolgreich nicht durchzuführen ist.«

Status: Frau Dora W. wird abends 9½ Uhr im Wagen verpackt gebracht; hier völlig ruhig unter der Bettdecke vergraben. Als sie herausgetragen werden soll von ihrem Manne, schreit sie wiederholt laut auf; unverständliche Worte jammert sie, als sie auf der Bahre zur Isolierstation getragen wird.

Als sie zwecks Kleidungswechsel angefaßt wird, brüllt sie los; durch keinerlei Zureden etwas zu beruhigen; macht den Eindruck, als ob sie beim Anfassen sehr heftige Schmerzen hätte.

Zu Bett gebracht, deckt sie sich die Decke über den Hals, legt sich zur Seite mit angezogenen Beinen; antwortet ruhig auf einzelne Fragen richtig.

Pupillen wegen Widerstrebens nicht zu prüfen. Rechts totale Ptosis.

Temperatur 37,2.

Mittelkräftiger Knochenbau, sehr schlaffe Muskulatur, reduzierter Ernährungszustand, mangelhafter Kräftezustand.

Schädel links hinten klopfempfindlich, Nacken etwas nach hinten. Leichter Widerstand bei passiven Nackenbewegungen.

Empfindlichkeit beim Kopfdrehen nach links.

Nacken links druckempfindlich.

Schädelumfang 54½ cm.

V^1 links stark druckempfindlich, rechts keine Druckempfindlichkeit.

V^2 rechts und links empfindlich.

Rechtes Augenlid hängt; rechte Pupille 6 mm, linke 4 mm.

Reaktion auf Licht: Rechts: fast 0; rechte Pupille entrundet, eckig verzogen; links: minimal träge.

Reaktion auf Konvergenz: Sehr herabgesetzt; konvergiert rechts schlecht.

Augenbewegungen: Beim Blick nach oben bleiben beide Augen zurück.

VII. symmetrisch.

Zunge: Gerade, nicht zittrig, aber stark belegt.

Gaumenbögen: Gleichmäßig gehoben.

Rachenreflexe: Positiv.

Sprache: Paradigmen werden nicht nachgesprochen, anscheinend keine Sprachstörungen.

Reflexe: Obere Extremität: positiv.

Aktive und passive Bewegungen frei.

Keine Druckempfindlichkeit der großen Nervenstämme.

Finger- und Nasenversuch zur Zeit nicht zu prüfen.

Weint bei der Untersuchung. »Sie haben mich zum Narren. Ich wollte lieber, ich wäre tot.«

Kniezeichen positiv, nicht gesteigert.

Haut an den Beinen sehr trocken und schuppt ab.

Das rechte Bein wird aktiv bis 60° von der Unterlage gehoben; das linke Bein ebenfalls.

Achillessehnenreflexe positiv.

Babinski zur Zeit nicht zu prüfen.

Zehen plantar.

Kein Fußklonus.

Pinselberührungen, Spitze und Knopf: nicht genau zu prüfen, anscheinend o. B.

Schmerzempfindung: Unempfindlichkeit an den Füßen.

Puls 120, regelmäßig, gleichmäßig, schwach gefüllt und gespannt, weich.

Herz: Töne rein.

Lungen: Normaler Perkussionsschall, Atemgeräusch rein.

Abdomen: Weich, eindrückbar, nirgends druckempfindlich. Bauchdeckenreflex negativ.

Macht zunächst einen ziemlich benommenen Eindruck, wird dann während der Untersuchung immer lebhafter. Manche Aufforderungen befolgt sie sinngemäß, andere faßt sie falsch auf. Bei der Untersuchung der Extremitäten fängt sie laut an zu schreien: »O Gott, sie halten mich zum Narren. O, jetzt kratzen sie mir die Beine ab.«

Nonne: Positiv.

Redet den Arzt mit »Herr Sanitätsrat« an.

(Wer ich?) »Nein, das tu ich auch nicht.«

(Für wen halten sie mich?) »Was meinen Sie? Ja, das weiß ich eigentlich nicht — — das tut ja einerlei — — aber wir verkennen uns besser, wir verstehen uns, Gewohnheit, — — wenn ich auch manchmal ein Wort platt sprechen tue, aber da bin ich zu dumm zu.«

Es entwickelt sich bei der Patientin ein ausgesprochener Rededrang, duzt dann Referenten; spricht dann: »Denkst Du denn, ich phantasiere, Du willst Dir, ja, ja schweig nur still.«

(Wer bin ich?) »Ja, es ist sehr windig, aber was mir das schön gekommen ist, und ich mag so gerne, so gerne ein bischen Bier allein, bei Dir allein sein.«

(Was bin ich?) »Ich bin ja auch noch nicht viel älter, aber das wird ja auch wieder besser.«

(Wo hin?) — — —

(Wo hier?) Schaut sich um: »Ja wo sind wir jetzt? Ich habe mir jetzt schon eine andere Wohnung nehmen müssen; mein Mann wollte die haben.«

(In Ihrer Wohnung?) Ich? Ich bin doch augenblicklich in einem andern Haus. Ja, das ist einfach ein Dorf.«

Faßt schwer auf, alle Fragen müssen mehrfach wiederholt werden. Bisweilen beginnt sie in etwas inadaequater Weise zu sprechen.

In diesem Augenblick: »Was soll ich dazu sagen, Herr Sanitätsrat. Ich bin ja größtenteils so in Stellung gewesen. Einmal muß ich doch eine feste Stellung haben. Oha, was fühl ich mich gemütlich, daß wir beide allein sind.«

(Wie heiße ich?) »Wie ich heiße, wenn ich krank bin, oder tut das nicht nötig? Ich freue mich so, daß ich hier bin. Ja, Du lachst schon und ich bin so verrückt und werde doch immer verrückter darnach, aber das schadet nichts. Aber wir essen ja beinahe schon aus einem Topf.«

(Wie hierher gekommen?) »Im Ganzen hierher gekommen? Ja, wie sind wir hierher gekommen, mein Lieber. Ja sehen Sie, unser Vatterchen war ja soweit zurück. So glaub' ich war das, und dann nachher.«

(Was für Datum?) »Was wir für ein Datum haben? Mein Vaterchen, mein Vaterchen« (ruft).

(Wo ist er denn?) Ist er nicht auf dem Schuppen?«

(Haben sie ihn gehört?) »Ne, ogenblicklich nicht. Ne, mein Vater ist gut, da laß ich nichts rauf kommen« (beginnt in etwas kindlicher Tonart, ohne recht auf Arzt zu achten, wie verträumt von ihrem Vater zu sprechen).

(Was heut für Datum?) »Wie?« (?) »Ja, was haben wir heut für Tag. Wenn Sie keinen besseren Kollegen dazu haben als mich, da können Sie sich bedanken. Wo ist denn mein Vaterchen?

Sagt dann: »Aber Sie denken, Sie antworten mir ja doch nicht. Sie können ruhig ein böses Gesicht machen. Sie machen ein böses Gesicht.«

Ruft vor sich hin.

(Was rufen Sie da?) »Ach, ich huste doch nicht.«

(Was rufen Sie?) »Meinen Sie mich? Ja, das weiß ich nu nich mehr, wenn Sie mich solange warten lassen (witzelt).

(Bilder:) Nein das kann ich gerade nicht sagen, aber ich bin immer so furchtbar hinfällig.«

(Krank?) »Ach, so schlimm nicht; das haben ja andere Leute auch mal, daß sie mit dem Kopf mal zu tun haben.«

(Was fehlt Ihnen denn?) »Nu, das hab' ich doch schon immer gesagt, was mir fehlt. Der Kopf, ja, was fehlt denn an dem Kopf, der ist einfach nicht so, wie er gehört.«

(Kopfschmerzen?) »Etwas ja.«

(Wie lange krank?) »Wie lange sind wir krank? Ja, mein Vaterchen, wie lange sind wir krank?«

(Schwindel?) »Ne, das geht, da kann ich nicht viel von mitsprechen; aber ich bin sonst — — sonst ganz gut.«

(Kopf klar?) »Kopf klar? — nu ist es noch nicht so gut, aber es wird nu besser«.

(Federhalter?) »Halter und Feder«.

(Blei?) »Nicht so mehr vor die Augen halten; feine Bleifeder.«

(Uhr?) erkennt sie.

(Wie spät?) »Wenn ich das weiß, dann müßt ich wohl eine halbe Stunde drum studieren, kuck schlecht.

Was hast Du denn dort oben in der Tasch', Vatichen (nennt Arzt Vatichen) Vatichen, wat bin ich Di doch gut, wat bin ich Di gut.«

Aufforderungen nach Wiederholungen befolgt.

(Wann geboren?) »Ja, da muß ich zuerst mal nachgrübeln. Da muß ich min Moder fragen.«

(Wie alt?) »Einen Oogenblick.«

(1. 3. 9. 8.) »Ja, wenn Sie aber all' die Türen zumachen — — — 1. 3. 0. 8.

Krankheitsverlauf:

24. IV. Hat die Nacht ziemlich gut geschlafen. Hie und da laut vor sich hingesprochen; auch heute halluziniert sie anscheinend, ruft nach ihrer Tante. Ist aber sonst ruhig, ziemlich klar, aber nicht orientiert.

Augenbefund: (Prof. St.) 23. IV.:

Linker Augenhintergrund: Spur Hyperämie der Papille (physiologisch?).

Rechter Augenhintergrund: Zweifellose Hyperämie und Verwaschensein der Grenzen. Venen erweitert.

Rechts: Ptosis bis fast Pupillenmitte. Äußere Augenmuskelbewegungen erscheinen nach oben und außen etwas beschränkt.

Pupillendifferenz, rechts = 6, links = 4 mm.

Reaktion auf Licht: Rechts = 0, links Spur positiv.

Reaktion auf Konvergenz: Positiv, links etwa $1^1/_2$ mm, rechts ca. $^1/_2$ mm.

Lumbalpunktion:

Druck: 180 bis 200.

Amon. sulf.: Starke Trübung.

Magnes. sulf.: Dicke Trübung.

Nissl.: 10.

Starke Lymphocytose, einzelne Leukocythen.

Hat nachmittags Besuch von ihren Verwandten, erkennt sie, spricht geordnet mit ihnen; erzählt, sie wisse nicht, wie sie hierher gekommen sei. Eine Stunde später bestreitet

sie, Besuch gehabt zu haben, meint dann wieder: »Ja, die Mutter war da.« Ist sonst ruhig.

Temperatur gegen Abend 38,4.

An den Reflexen keine Änderung.

Ziemlich ausgesprochene Nackensteifigkeit sowohl bei Drehen als bei Beugen des Kopfes nach vorn. Äußert lebhaften Schmerz dabei.

Liegt meist benommen im Bett, keine Interessen, keine Spontanäußerungen. Auch auf Fragen meist keine Antworten.

Trotz Einlauf entleert sich nur wenig Stuhl; auf Ricinus etwas mehr. Abdomen kugelig vorgetrieben, Perkussionsschall dumpf. Per Katheter werden 2200 g Urin von normaler Färbung entleert.

Albumen: Positiv.

Saccharum: Positiv.

Pupillen über mittelweit, rechte weiter als linke. Rechte Pupille stark verzogen.

Reaktion auf Licht: Beiderseits = 0.

Reaktion auf Konvergenz: Nicht zu prüfen.

Nackensteifigkeit und Schmerzhaftigkeit beim Drehen des Kopfes.

Kniezeichen: Vormittags: Rechts positiv, links negativ. Nachmittags: Beiderseits negativ.

Hypotonie der Beine.

Wassermann in Blut und Liquor negativ.

27. IV. Bis heute Morgen unverändert; ruhig, benommen. Heute Morgen gegen 11 Uhr plötzlich röchelnde Atmung, starke Cyanose des Gesichtes, beschleunigter Puls, zunehmendes Koma. Kurz darauf Exitus letalis. Sektion wird verweigert.

Epikrise.

Bei dem Krankheitsfall der Frau A. B. handelt es sich um eine 37 jährige Frau, die aus scheinbar voller Gesundheit heraus plötzlich mit eigenartigen körperlichen und psychischen Symptomen erkrankt. Es fragt sich nun, inwieweit diese Symptome verwertbar sind, um die Diagnose Lues

cerebri zu rechtfertigen. Die Patientin ist allmählich stiller und teilnahmsloser geworden, hat zeitweise ihre Angehörigen nicht mehr erkannt und häufig verkehrte Antworten gegeben. Sie wurde leicht benommen und bekam eine ausgesprochene Schlafsucht, die in ihrer Intensität häufig wechselte vom tiefsten Koma bis zur einfachen leichten Benommenheit. Ihr Auffassungsvermögen hat bedeutend gelitten. An körperlichen Symptomen zeigen sich bei ihr Augensymptome in Form von Pupillenstörungen und Augenhintergrundsveränderungen (Stauungspapille, Verwaschensein der Grenzen), starke Ptosis besonders des linken Lides; weiter: Fast vollständige Lähmung beider Beine, geringes Silbenstolpern, das man jedoch nicht als artikulatorische Sprachstörung bezeichnen kann. Es findet sich keine Schlaflosigkeit, kein Gefühl des Schwindels, keine Nackensteifigkeit, keine lokalisierte Druckempfindlichkeit des Schädels an irgend einer Stelle. Die Schmerzempfindung ist leicht herabgesetzt; andere Sensibilitätsprüfungen sind wegen der Benommenheit der Patientin nicht anzustellen. Die körperlichen wie die psychischen Erscheinungen unterliegen bei der Patientin bedeutenden Schwankungen betreffend ihrer Intensität. Über eine luetische Infektion der Patientin ist nichts bekannt. Patientin hat keine Kinder, aber auch nie einen Abort gehabt. Das Resultat der Untersuchung des Lumbalpunktates spricht für eine organische Erkrankung des cerebrums, wenn auch die Lymphocyten nicht vermehrt sind. Die Wassermann'sche Reaktion ist sowohl im Blut als auch im Liquor negativ. Aus diesen Symptomen ist wohl mit Recht die Diagnose einer Lues cerebri gestellt worden. Es findet sich in diesem Falle auch der so typische, flüchtige Charakter der körperlichen und nervösen Symptome sehr deutlich ausgeprägt. Ebenso ergibt der eigenartige geistige Defekt schon die Diagnose einer Lues cerebri, zu der im Gegensatz bei der Dementia paralytica eine meist viel umfassendere geistige Schwäche bis zur Vernichtung der Persönlichkeit aufzutreten pflegt. Die große Mannigfaltigkeit der körperlichen Symptome spricht auch für eine Lues cerebri. Die Abgrenzung gegenüber einer Arteriosklerose ist einmal in dem jugendlichen Alter der Patientin

gegeben. Außerdem aber pflegen bei arteriosklerotischen Störungen des Gehirns weniger Augenmuskellähmungen, keine Pupillenstarre und überhaupt nicht so viel und so mannigfaltige körperliche Symptome aufzutreten. Daß Patientin nicht über Schlaflosigkeit, Schwindel und Kopfschmerzen klagt, spricht unter Berücksichtigung der vielen anderen positiven Symptome nicht genug gegen die gestellte Diagnose. Auch ist auf den Mangel von körperlichen Residuen einer früher durchgemachten Syphilis kein besonderer Wert zu legen, da die Lues sehr häufig keine Merkmale hinterläßt. Wichtiger ist in dieser Beziehung schon der absolut negative Befund der serologischen Untersuchung des Blutes. Hier ist jedoch nochmals darauf hinzuweisen, daß ein negativer Ausfall dieser Untersuchung durchaus nicht beweisend ist. Eine absolute Sicherheit für die Diagnose Lues cerebri ergibt sich aber aus dem außerordentlich prompten Reagieren der Erkrankung auf antisyphilitische Behandlung, die in ihrem Erfolge bei der Patientin so weit ging, daß sie nicht nur einzelne ihrer früheren Symptome verlor, sondern sogar erheblich gebessert wurde in körperlicher, wie in geistiger Beziehung. Diese Besseruug hat bisher, wie aus den poliklinischen Nachträgen zu ersehen ist, unter der weitergeführten sachgemäßen Behandlung ständig angehalten.

In dem zweiten Falle erkrankt die 26 jährige Frau D. L. allmählich unter zunehmenden Kopfschmerzen und Erbrechen; es kamen dann noch Nackenschmerzen hinzu und am 24. V. wird sie ziemlich plötzlich unbesinnlich; sie erkennt schließlich ihre Umgebung nicht mehr, ist vollkommen desorientiert, faßt nur noch sehr schwer auf und halluziniert lebhaft, daneben ist sie mehr oder weniger stark benommen und zeigt eine ausgesprochene apathische Stimmung. Der geistige Defekt ist hier zwar schon etwas schwerer als in dem ersten Falle, doch erreicht dies noch lange nicht den Grad, um gegen Lues cerebri zu sprechen. Auch in diesem Falle werden sämtliche Erscheinungen zeitweise besser und verschlechtern sich wieder ebenso rapide. Außer diesen für Lues cerebri bereits typischen Symptomen seitens der Psyche und was

das Auftreten der Erkrankung angeht, bestehen als charakteristische körperliche Erscheinungen hier Augenstörungen und zwar Pupillenstörungen in Form von zeitweiser vollkommen fehlender Reaktion auf Licht und nur noch minimaler Konvergenzreaktion. Der Augenhintergrund zeigt Hyperämie und Verwaschensein der Grenzen. Die Augenbewegungen sind behindert, sodaß Patientin zeitweilig Doppelbilder hat. Auch hier wieder Anisocorie und Ptosis des rechten Augenlides. Starke Kopfschmerzen, Nackenschmerzen mit Nackenstarre, am Schädel eine lokalisierbare Klopfempfindlichkeit sind durch längere Zeit bei ihr konstant bestehende Symptome, die in Verbindung mit den anderen zum mindesten den Verdacht auf eine Lues cerebri erwecken müssen.

Die lokale Klopfempfindlichkeit des Schädels deutet auf ein abgrenzbares Gumma hin: allerdings bleibt nicht auszuschließen, daß dieses Symptom auch durch einen andersartigen Tumor cerebri bedingt sein kann. Die Schlaflosigkeit, ein recht wichtiges Allgemeinsymptom dieser Erkrankung, besteht bei ihr in ausgesprochenem Maße. Sprachstörungen finden sich nicht. Außer einer Druckempfindlichkeit des V^1. ergeben die Hirnnerven einen negativen Be-Befund; an den Extremitäten finden sich außer geringer Unempfindlichkeit der Füße motorisch und sensibel keine Störungen. Das Fehlen dieser letztgenannten Symptome kann aber bei dem ja meistens nicht diffusen, sondern lokalbegrenzten Ergriffensein nicht Wunder nehmen und spricht deshalb nicht gegen die gestellte Diagnose. Die serologische Untersuchung des Blutes führt zu keinem positiven Ergebnis; hier trifft natürlich das vorhin darüber Gesagte ebenfalls zu. Der Befund des Lumbalpunktates ist mikroskopisch und chemisch stark positiv.

Über eine luetische Infektion der Patientin ist nichts bekannt. Sie hat 4 Geburten durchgemacht. Davon sind 2 zu früh eingetreten und zwar die eine 4, die andere 10 Wochen zu früh. Ob man aus dem zu frühen Eintritt der 2 Geburten auf eine Syphilis zurückschließen darf, ist fraglich, wenigstens für den ersten Fall, bei dem die Geburt 4

Wochen zu früh eintrat. Die zweite, um 10 Wochen zu frühe Geburt bleibt aber immerhin stark verdächtig. Unsere Patientin kam bereits am 4. Tage nach ihrer Aufnahme in die Klinik ganz plötzlich ad exitum, obgleich sie eigentlich so schwer krank noch garnicht schien. Es ist dies aber gerade, wie vorhin bereits erwähnt wurde, eine häufige Vorliebe der Lues cerebri, in einer unerwartet eintretenden Exacerbation zum Exitus letalis zu führen.

Leider wurde die Sektion verweigert. Sie würde die Diagnose Lues cerebri wohl bestätigt haben.

* * *

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Siemerling für die Überlassung der Arbeit und seine liebenswürdige Unterstützung bei derselben meinen aufrichtigen Dank auszusprechen.

Litteratur.

1. Nonne: Syphilis und Nervensystem.
2. Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten.
3. Binswanger-Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie.
4. Schmaus: Grundriß der pathologischen Anatomie.
5. Mehring: Lehrbuch der inneren Medizin.
6. Heubner: Die luetischen Erkrankungen der Hirnarterien etc. Leipzig 1874.
7. Wunderlich: Die luet. Erkrankungen des Gehirns u. Rückenmarkes, Volkmanns Sammlung etc. 1875.
8. Rumpf: Die syphilit. Erkrankungen d. Nervensystems, Wiesbaden 1887.
9. Oppenheim: Die syphilit. Erkrankungen des Gehirns, Nothnagels Handbuch, 2. Aufl. Wien 1903.

Lebenslauf.

Ich, Werner Schuster, evangelischer Konfession, bin geboren zu Kottbus am 8. Juni 1888 als Sohn des praktischen Arztes Dr. med. B. Schuster. Ich besuchte das Gymnasium zu Friedberg i/Hessen und verließ es Ostern 1907, um mich in Freiburg dem Studium der Medizin zu widmen. Ich studierte darauf 2 Semester in Bonn und 2 in Marburg, woselbst ich die ärztliche Vorprüfung bestand. In meinem 6. Semester besuchte ich die Universität Berlin, im siebenten Kiel, im achten Marburg, im neunten und zehnten wieder Kiel. Meine ärztliche Staatsprüfung beendete ich am 15. Juni 1912 an der Universität Kiel.